



Program:	Branch:	Case number:
Case name:		Worker ID:



ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត និងអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស

អ្នកអាចជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ឱ្យធ្វើជាជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស ឬជនតំណាងទាំងពីរក៏បាន ។ សូមបំពេញបែបបទនេះ ដើម្បីប្រាប់យើងអំពីមនុស្សដែលអ្នកបានជ្រើសរើស ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ ។ ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតនិង / ឬអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស ក៏ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះផងដែរ ។ បែបបទនេះនឹងត្រូវបានគេប្រើដើម្បីជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសត្រូវបានគេចាត់តាំងឱ្យអ្នកពីក្រសួងសង្គមកិច្ច (DHS) ។

ឈ្មោះអតិថិជន៖ _____

ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំកំណើត៖ _____

លេខសូស្យាល់ លេខសំណុំរឿង ឬលេខ OHP របស់អតិថិជន៖ _____

ការចាត់តាំងជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អាចធ្វើអ្វីមួយដូចខាងក្រោមសំរាប់អតិថិជនបាន៖ ចុះហត្ថលេខា និងដាក់ពាក្យសុំជំនួស និងសុំជំនួយបន្ត រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងសេចក្តីជូនដំណឹង និងការទំនាក់ទំនងផ្សេងៗទៀត ។

ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដើរតួជំនួសអតិថិជនសំរាប់ដាក់សុំជំនួយពីក្រសួង DHS និងអាជ្ញាធរសុខភាពអ្នកប្រឹក្សា (OHA) (លើកលែងតែជំនួយបណ្តោះអាសន្នសំរាប់អ្នករស់រានមានជីវិតពីគំរោងហិរញ្ញប្បទាន និង សេវាកម្មបំប៉នពេលវេលាជំនួយចំនួន) ។ នេះនឹងអនុវត្តចំពោះអតិថិជនទាំងអស់ដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងសំណុំរឿងនេះ ។ ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដែលបានចុះឈ្មោះនៅលើបែបបទនេះ នឹងធ្វើជំនួសឱ្យជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ដែលអ្នកបានចាត់តាំងពីមុនមក ។

បុគ្គល ឬស្ថាប័នដែលត្រូវបានជ្រើសរើសជាជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត នឹងនៅរក្សាជាជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នករហូតដល់៖

- អតិថិជនដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងសំណុំរឿង ប្រាប់ទៅក្រសួង DHS ឬ OHA ថាគាត់ចង់បញ្ចប់ការយល់ព្រមនេះ ឬ
- ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតប្រាប់ទៅក្រសួង DHS ឬ OHA ថាគាត់ចង់បញ្ចប់ការយល់ព្រមនេះ ឬ
- បុគ្គល ឬស្ថាប័ននោះដែលត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតឱ្យអតិថិជនទៀតហើយ

ប្រសិនបើជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតផ្តល់ព័ត៌មានខុស ឬព័ត៌មានមិនពេញលេញដល់ក្រសួង DHS ឬ OHA ហើយលទ្ធផលនៃការផ្តល់ព័ត៌មាននោះធ្វើឱ្យបានទទួលប្រាក់ជំនួយលើសនោះអតិថិជននិងភាគីដែលមានទំនួលខុសត្រូវផ្សេងទៀត នឹងត្រូវតែសងនូវប្រាក់ដែលគាត់មិនគួរទទួលបាន ។ ប្រសិនបើជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដឹងច្បាស់ ឬផ្តល់ព័ត៌មានខុសនោះជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតក៏នឹងត្រូវសងប្រាក់ទៅវិញដែរ ។

ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវតែរក្សាការសម្ងាត់នៃព័ត៌មានណាមួយដែលផ្តល់ពីក្រសួង DHS ឬ OHA ទាក់ទងនឹងមនុស្សដែលមានឈ្មោះនៅលើពាក្យសុំ ឬក្នុងសំណុំរឿង ក៏ដូចជាគោរពតាមច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធ ដែលពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងទំនាស់ផលប្រយោជន៍ និងរក្សាការសម្ងាត់នៃព័ត៌មាន ។

ច្បាប់រដ្ឋបាលនៃរដ្ឋ Oregon៖ មាត្រា 461-115-0090, 410-200-0111

ព័ត៌មានរបស់ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត	
ឈ្មោះ: (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន)	អាយុ ១៨ឆ្នាំ រឺលើសពីនេះមែនទេ? <input type="checkbox"/> មែនហើយ <input type="checkbox"/> មិនមែនទេ
ស្ថាប័ន (ប្រសិនបើមាន)	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
អាសយដ្ឋានបុគ្គលិកសំបុត្រ	ទូរស័ព្ទលេខ:
កិច្ចព្រមព្រៀងធ្វើជាជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត	
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំចុះហត្ថលេខា
ហត្ថលេខាជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត	ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំចុះហត្ថលេខា

ការចាត់តាំងអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស

សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស	
<p>អ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសអាចប្រើប្រាស់ជំនួយដែលទទួលបានពីកម្មវិធី ក្នុងនាមអតិថិជន ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសយកប្រាក់ជំនួយពីកម្មវិធីទៅធ្វើខុស នោះអតិថិជនមិនអាចទារយកប្រាក់នោះមកវិញបានទេ ។</p> <p>បុគ្គល ឬស្ថាប័នដែលត្រូវបានជ្រើសរើសជាអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសនឹងនៅតែជាអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសរហូតដល់៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • អតិថិជនដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងសំណុំរឿង ជនតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់គាត់ប្រាប់ទៅក្រសួង DHS ឬ OHA ថាគាត់ចង់បញ្ចប់ការយល់ព្រមនេះ ឬ • អ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសប្រាប់ទៅក្រសួង DHS ឬ OHA ថាគាត់ចង់បញ្ចប់ការយល់ព្រមនេះ ឬ • បុគ្គល ឬស្ថាប័ននោះដែលត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យដើរតួជាអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសអតិថិជនហើយ ។ <p>ច្បាប់រដ្ឋបាលនៃរដ្ឋ Oregon: 461-165-0035</p>	
បុគ្គល ឬស្ថាប័ននេះគឺជាអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួសឱ្យសម្រាប់៖	
<input type="checkbox"/> កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) <input type="checkbox"/> ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារដែលត្រូវការ (TANF) <input type="checkbox"/> កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយជនភៀសខ្លួន (REF)	<input type="checkbox"/> ជំនួយទូទៅ - មូលនិធិជួយបង់ថ្លៃទឹកភ្លៀងកំដៅ និងមូលនិធិប្រើប្រាស់ផ្ទាល់ខ្លួន (GA) <input type="checkbox"/> កម្មវិធីប្រាក់ចំណូលបន្ថែមប្រចាំរដ្ឋអូរិហ្គិន (OSIP)

ព័ត៌មានអំពីអ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស	
ឈ្មោះ (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន)	អាយុ ១៨ឆ្នាំ រឺលើសពីនេះមែនទេ? <input type="checkbox"/> មែនហើយ <input type="checkbox"/> មិនមែនទេ
ស្ថាប័ន (ប្រសិនបើមាន)	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល
អាសយដ្ឋានបុគ្គលិកសំបុត្រ	ទូរស័ព្ទលេខ
កិច្ចព្រមព្រៀងសំរាប់អ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស <input type="checkbox"/> សូមពិនិត្យនៅទីនេះ ប្រសិនបើក្រសួងបានចាត់តាំង	
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន៖	កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា៖
ហត្ថលេខារបស់អ្នកទទួលប្រាក់ជំនួស៖	កាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះហត្ថលេខា៖

គោលការណ៍មិនរើសអើងរបស់យើង

ក្រសួងសង្គមកិច្ច (Department of Human Services (DHS)) និងអាជ្ញាធរសុខភាពអ្នករស់រាន (OHA) មិនរើសអើងចំពោះអ្នកណាម្នាក់ឡើយ ។ នេះមានន័យថាក្រសួង DHS/OHA នឹងជួយអ្នកទាំងអស់គ្នា ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហើយនឹងមិនរើសអើងជនណាម្នាក់ ដោយសារតែអាយុ ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ភេទ សាសនា ជំនឿ ឬការបាញ់ ពិការភាព ឬទំនោរភេទនោះទេ ។

អ្នកប្រហែលជាអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាក្រសួង DHS ឬ OHA រើសអើងលើអ្នក ដោយសារតែមូលហេតុណាមួយនៃមូលហេតុខាងលើនោះ ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅរដ្ឋ អ្នកអាចទូរស័ព្ទមកការិយាល័យផ្តល់ដំបូន្មានដល់តាហ្វាយរដ្ឋ (Governor’s Advocacy Office) តាមលេខ 1-800-442-5238 (TTY លេខ 711) ឬសរសេរលិខិតមកកាន់ការិយាល័យ៖

Governor’s Advocacy Office
 500 Summer Street NE, E17
 Salem, OR 97301

ទូរសា លេខ៖ 503-378-6532

អ៊ីម៉ែល៖ DHS.info@state.or.us

“ឱកាសស្មើគ្នា គឺជាច្បាប់!”